Ueber einen Fall von traumatischem entzündlichem Bauchdeckentumor.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Eduard Matthaeus,
appr. Arzt aus Nürnberg.

München 1908.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548322_0144

Ueber einen Fall von traumatischem entzündlichem Bauchdeckentumor.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

ACAD.
LUDO.MAX.
BIBL.

vorgelegt von

Eduard Matthaeus,
appr. Arzt aus Nürnberg.

München 1908.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent:

Herr Geheimrat Professor Dr. Ritter v. Angerer.

Die Differentialdiagnose hat bei Geschwulstbildungen der Bauchdecken primäre und sekundäre in Betracht zu ziehen.

Als primäre Geschwülste sind zu nennen: Angeborene Anomalien und Bildungsfehler der Bauchdecken, Haematome, Hernien der Bauchwand, welche sich spezialisieren lassen in äußeren und inneren Leistenbruch, in Schenkelbruch, in Hernia interparietalis properitonealis, in Hernia obturatoria, in Brüche des Nabels, sowie Bauchbrüche, von denen wieder vorkommen Brüche der Linea alba, Brüche der Linea semicircularis Spigelii, Lendenbrüche und Bauchnarbenbrüche. Weiterhin kommen dazu die Entzündungen der Bauchwand, welche sich klassifizieren lassen in Entzündungen der Rectusscheide, in die submuskulären Entzündungen, in die retromuskulären Abszesse, die praevesicalen Entzündungen und die Aktinomykose der Bauchhaut. Den Schluß bilden die Neubildungen der Bauchdecken, welche in folgende Gruppen zerfallen: Subcutane Lipome, dermoide Geschwülste, Geschwülste epithelialen Ursprungs, Echinokokken der Bauchwand, Geschwülste des Nabels.

Die sekundären Geschwülste der Bauchdecken können ihren Ursprung haben in äußeren Myomen des Magens, in Adenom, Carcinom und Sarkom des Magens, in Perityphlitis, in Fremdkörpern des Darmes, in gutartigen und malignen Geschwülsten des Darmes, in Geschwülsten des Mesenteriums und des Netzes vor allem, in Geschwulstbildungen der Leber und der Gallenblase, in Geschwulstbildungen des Pankreas, besonders bei dessen Lageveränderung, in Geschwülsten der Milz, der Nieren, der Blase, des Peritoneums und der weiblichen Genitalien.

Entzündungen der oberflächlichen Lagen der Bauchhaut entwickeln sich häufig nach Traumata, mit oder ohne Verletzung der äußeren Haut. Nicht selten entstehen subcutane Abszesse der Bauchhaut durch Fortleitung von ursprünglich abseits liegenden Entzündungsherden und septischen Phlegmonen.

Die Diagnose der akuten Bauchhautabszesse als solche unterliegt in der Regel keinem Zweifel; ob sie primär oder fortgeleitet, kann schwer zu entscheiden sein.

Chronische Bauchdeckeneiterungen haben die besondere Eigentümlichkeit, daß sie von einer derben bindegewebigen Hülle eingeschlossen sind, so daß die Vermutung einer Neubildung nahe liegt. Die Wahrnehmung der Fluktuation wird dadurch ebenso vereitelt wie die völlige Abtastung und Differenzierung von der tiefer liegenden Fascie. Diese oberflächlichen Bauchdeckenabszesse brechen

nicht selten in der Nähe des Nabels durch. Man bekommt sie oft erst zu sehen, nachdem ausgedehnte Fistelgänge entstanden sind.

Für die tiefer liegenden Entzündungsherde kommen als primärer Sitz und Ausgangspunkt die verschiedenen Abschnitte der Bauchwand in Betracht: die Abszesse der Rectusscheiden, die submusculären Abszesse, zu denen die des subumbilicalen Raumes Heurtaux' gehören, vor allem aber des prävesicalen und präperitonealen Raumes gehören.

Das Vorkommen primärer Entzündungsprozesse in diesen verschiedenen Lagen ist sicher konstatiert. Außerdem stehen diese Lagen nicht nur untereinander, sondern auch mit den lockeren, weitmaschigen Räumen der Fossa iliaca und des Beckenbindegewebes in Zusammenhang, so daß das Vordringen entzündlicher Prozesse von einem zum anderen, insbesondere aber auch aus dem Bereiche des Coecum, des S romanum, der Nieren, der Gallenblase, des Magens, des Pankreas, der benachbarten Knochenteile, besonders aber auch der Harnwege und der Generationsorgane bis in die Bauchwand und deren verschiedene Lagen wohl vorbereitet ist.

Die Abszesse der Rectusscheide liegen wohl anfangs innerhalb der Scheiden und ragen nur bei außerordentlicher Ausdehnung seitlich über dieselben hinaus. Die oberhalb des Nabels liegenden werden durch die Inscriptiones tendineae begrenzt, die unterhalb liegenden breiten sich nach der Symphyse hin aus, ebenso

wie sie durch die Maschen der Linea alba in die Rectusscheide der anderen Seite gelangen.

Die primären Entzündungen sind meist traumatischen Ursprungs. Zerreissungen bei Körperanstrengungen Gesunder und Kranker lassen Blut austreten, welches vereitert.

Im akuten Zustande deutet ein unter Fieber auftretender, bestimmt lokalisierter Schmerz auf die Entwicklung einer Entzündung an der erkrankten Stelle hin. Die Schwellung entspricht dem Rectusverlauf. Bei langsamem Verlaufe kommt die Unterscheidung zwischen Neubildung und Abszedierung von Blutextravasaten um so mehr in Frage, als anscheinend die ersteren sich nicht selten aus letzteren entwickeln.

Die submuskulären Phlegmonen sind selten primär, in der Regel hat der Prozeß von einem anderen Herde aus sich hieher ausgebreitet, man sieht sie wie andere Abszesse der Bauchwand von den erkrankten Beckenorganen oder von anderen Herden, welche zu den Bauchdecken eine Beziehung haben, wie Niere, Coecum, Gallenblase hieherwandern.

Tieferliegende Abszesse der seitlichen Muskelschichten der vorderen Bauchwand sind nur vereinzelt primär (Trauma, puerperale Infektion nach Téan). Für gewöhnlich sind sie Senkungsabszesse von den Rippen her, von perinephritischen Abszessen, welche am äußeren Rande des M. quadratus lumborum unter die Bauchhaut gelangen, ebenso von Eiterungen der Gallenblase und des Typhlon (Tu-

berkulose, Aktinomyces) und von Magencarcinom.

Die Entwicklung braucht gewöhnlich längere Zeit. Schmerz in der Nierengegend bei bestehendem Fieber gehen der Wahrnehmung des Infiltrates voraus. Die vorausgehende Erkrankung des Magens, der Gallenblase, des Typhlon läßt in der Regel die Natur der Infiltration bald erkennen.

Die retromuskulären Abscesse können auch in den präperitonealen Raum hineingelangen. Dann pflegen sie sich diffuser darzustellen als die Abszesse der Rectusscheide und als die des prävesicalen Raumes. Infolge der Mitbeteiligung des Peritoneums kommt es in der Regel zu ausgesprochenen Symptomen der Peritonitis, die bei den anderen Erkrankungsformen meist fehlen. Die Blase verursacht auch bei den submuskulären Abszessen Beschwerden. Der spontane Eiterdurchbruch erfolgt meist dicht unter dem Nabel, selten in die Bauchhöhle (Gruber).

Circumscripte Abscesse sind oft schwer von Neoplasmen der Bauchwand selbst zu unterscheiden, mehr diffuse können zur Verwechslung mit Neubildungen und Entzündungsprodukten der Bauchhöhle, besonders des Netzes und des Magens Veranlassung geben.

Die Härte, die unebene, höckerige Oberfläche der Masse, auf welcher die oberflächlichen Lagen der Bauchhaut verschieblich sind, das Fehlen der Empfindlichkeit und Un-

klarheit der Beziehungen der Geschwulst zu den darunter liegenden Gebilden können die Differentialdiagnose sehr erschweren.

Auch in dem prävesicalen Raume werden primäre Entzündungen beobachtet, traumatische, also durch Vereiterung von Blutergüssen, idiopathische, ohne bestimmt nachweisbare Ursache entstehende. Hiller sah auch an dieser Stelle der Bauchdecken primäre tuberkulöse Abscesse. Vorwiegend häufig sind diese Abscesse von Erkrankungen der Blase, den Generationsorganen, dem Darm fortgeleitet. Alle Arten von Knochenerkrankungen im Becken, puerperale Parametritiden, Para- und Perityphlitis, pararectale Entzündung, Psoas- und Iliacalabscesse, Darmperforationen lassen den Eiter in den prävesicalen Raum gelangen.

Die Aktinomycose der Bauchdecken nimmt stets ihren Ursprung vom Darmkanal. Die der Bauchdeckenerkrankung vorhergehenden Darmerkrankungen machen sich oft nur unklar bemerkbar. Am Blinddarm, am Nabel, in der Lendengegend treten die Verhärtungen auf, die bald scharf umgrenzt, bald im deutlich wahrnehmbaren Uebergang in die Umgebung, bald in kleinen Herden, bald in größeren auftreten. Die Hautoberfläche bleibt lange unverändert, dann rötet sie sich, der Eiter bricht durch an einer oder mehreren Stellen. Fistelgänge führen in die Tiefe. Die Granulationen enthalten die pathognomonischen Aktinomycespilzrasen.

In allen Bauchdeckenschichten, sowie in der äußeren Haut werden meist wenig umfangreiche, bindegewebige Geschwülste beobachtet.

Nur Warnecke hat ein Angiom des Rectus beschrieben.

Das Fibroma molluscum findet sich als weiche, kleine und empfindliche Geschwulst isoliert am Leibe und bei allgemeiner Hautfibromatose. Diese Fibrome sind beweglich, lassen sich nach der Tiefe hin abgrenzen und liegen so dicht unter der Haut, daß diese darüber nicht abzuheben ist. Sie wachsen langsam und erreichen zuweilen einen großen Umfang. Sie sind gestielt; der Stiel pflegt kräftig entwickelte Gefäße zu haben. Ihre Oberfläche ist oft von decubitalen Ulcerationen bedeckt.

Auch die Hautfibrome neigen zu sarkomatöser Neubildung.

Aehnliche Geschwülste können sich aus Naevi entwickeln: Melanosarkome und -carcinome. Das primäre Hautsarkom ist durch Wachstum und Schmerzhaftigkeit ausgezeichnet. Es kommt schnell zu Ulceration der Oberfläche und zur Ausbreitung in die Tiefe.

In den tieferen Bauchdeckenschichten kommen die Lipome und die Dermoide zur Entwicklung.

Man unterscheidet ein subcutanes, ein intermuskuläres und ein präperitoneales Lipom. Diese Lipome werden mit fettreichen Bruchsäcken resp. Netzbrüchen verwechselt. Die fettreichen Netzbrüche und Bruchsäcke treten

ebenso wie die subserösen Lipome aus einer Lücke in der Fascie unter die Haut und verursachen Magenschmerzen und Verdauungsbeschwerden.

Die dermoiden Geschwülste entwickeln sich aus dem Sehnengewebe der Aponeurosen und in den Inscriptiones tendineae der geraden Bauchmuskeln. Sie sind von derber Konsistenz, damastähnlichem Glanz auf der Schnittfläche und bestehen aus Faserzügen ohne Beimischung von muskulären Elementen.

Gelegentlich zeigen sie einen knolligen Charakter; dann sind die Bindegewebszüge kreisförmig um die Gefäße angeordnet. Immer gehen die Gefäße unmittelbar in die Neubildung über. Zunehmende Wucherung macht die Masse weicher. Es finden sich Cysten mit serösem und schleimigem Inhalt darin. Die Geschwülste sind immer innig mit den Aponeurosen verwachsen.

Von Geschwülsten epithelialen Ursprungs finden sich Dermoidcysten ebenso wie Atherome im Bereich der Bauchdecken ausschließlich am Nabel. Die differentielle Diagnose kann nur durch das Mikroskop gestellt werden. Primäre Carcinome entwickeln sich aus dem oberflächlichen Epithel des Nabels. Relativ rascher als diese verläuft der Scirrhus des Nabels.

Echinococcen entwickeln sich selten in der Bauchwand.

Wie schwer oft die Differenzierung, ob man einen soliden Tumor oder einen entzündlichen

vor sich hat, möge die Darstellung des hier zu besprechenden Falles erhellen.

* * *

Am 5. September 1908 suchte Jakob L., seines Zeichens Hafnermeister, 41 Jahre alt, die chirurgische Klinik auf. Er gab an, seit ungefähr 2 Monaten eine allmählich wachsende Geschwulst in der linken Seite zu bemerken, die er operiert haben wolle.

Der Status praesens ergab einen mittelgroßen, wohlgenährten Mann von ziemlich kräftiger Konstitution. Die Schleimhäute waren injiciert, die Zunge nicht belegt. Seine Haut war stark pigmentiert und wies an den Extremitäten, weniger an Rumpf und Gesicht zahlreiche Geschwülste, Lipome, auf. Links am Rücken war ein stark behaarter Naevus zu sehen.

Der Thorax war faßförmig, der Leib ausgesprochen eingezogen. Unterhalb des linken Rippenbogens präsentierte sich eine handtellergroße Geschwulst, welche von der mittleren Axillarlinie bis zur Parasternallinie reichte, sich gleichmäßig derb anfühlte, mit der Haut nicht verwachsen war und sich auch vom Rippenbogen bis auf eine 2 cm lange Partie am äußeren Rand abgrenzen ließ. Die Geschwulst war unverschieblich und auf Druck nach der Mitte zu etwas empfindlich. Lymphdrüsenschwellungen waren nirgends zu fühlen. Die Lebergrenzen waren normal,

ebenso die Lungengrenzen, das Atemgeräusch war sehr leise. Die Herztöne waren leise, aber rein. Der Urin ergab außer schwach positiver Indikanreaktion keinen pathologischen Befund.

Es wurde die Diagnose auf Sarkom der Bauchwand gestellt und am 9. September 1908 die Operation in Chloroformnarkose ausgeführt.

Die Geschwulst wurde rings umschnitten und reichte sehr nahe an die Haut. Eine Verwachsung der Geschwulst mit den Rippen bestand nicht. Die befallenen Bauchmuskeln (Rectus, Obliquus externus, internus und Transversus) mußten, soweit krank, geopfert werden. Da noch unter der Fascia transversa nach Abtragung des breit aufsitzenden, sehr derben, zum Teil speckig aussehenden Tumors, der nirgends eine Einschmelzung erkennen ließ, noch Geschwulst zu fühlen war, wurde die Bauchhöhle eröffnet. Man fühlte das Netz mit Darmschlingen als Convolut an Stelle der äußerlich sichtbaren Geschwulst der Bauchwand anliegen. Umschneidung des Peritoneums. Soweit das Netz vom Tumor befallen war, wurde es nach doppelter Ligatur abgetragen. Eine fest damit verbundene Dünndarmschlinge wurde nach Anlegung der Resektionsklemmen und nach entsprechender Abdeckung abgetragen. Circuläre Darmnaht. Ein Stück vom Colon transversum konnte nur mit Mühe vom Tumor losgelöst werden und erwies sich ebenfalls krank. Es wurde samt

dem Mesocolon reseciert. Circuläre Darmnaht. Bei der nun folgenden Schließung der Bauchdecken konnten die Peritonealblätter nicht ganz miteinander vereinigt werden. In die Lücke wurde Netz genäht, der gebildete Hautlappen ließ sich gut darüber vernähen. Nach Einbringung eines Streifchens Gaze wurde Heftpflasterverband angelegt.

Nach der Operation erhielt der Patient eine Infusion von 1000 ccm physiologischer Kochsalzlösung; außerdem 2 mal 1,0 Coffeïn. Nachmittags wurde ihm 0,5 Strophantinlösung intravenös verabreicht; abends eine nochmalige Coffeïngabe von 1,5; nachts 2 Kampherspritzen. Die Temperatur, die morgens 36,8 betrug, stieg abends nicht über 37,2. Puls 120.

Am 10. IX. fühlt sich Patient leidlich. Es sollen etwas Blähungen abgehen. Leichtes Erbrechen von grüner Flüssigkeit. Die Temperatur ist morgens 38,0 und steigt bis abends auf 39,5. Puls 160, sehr klein. Der Leib ist im allgemeinen weich, nicht aufgetrieben. — Coffeïn 1.5. Magenspülung. Kochsalzinfusion 1000,0. Strophantusinfus. Nachm.: Kochsalzinfusion 600,0. Coffeïn 1,0. Abends: Strophantin subcutan 1,0. Nachts: 2 mal Kampher 1,0.

Am 11. IX. steigen die Temperaturen von 38,2 bis 39,0. Der Puls morgens 152, abends 164.

Am 12. IX. Temperatur- und Pulsbild wie am vorhergehenden Tage.

Am 13. IX. Vormittags $4^3/_4$ Uhr trat der Exitus letalis an Entkräftung ein.

Sektionsprotokoll:

Leiche eines mittelgroßen, kräftigen, abgemagerten Mannes mit stark fleckig pigmentierten Hautdecken, starkem Thorax, ohne Oedeme.

Die Haut der Extremitäten, weniger die des Rumpfes und Gesichts zeigt zahlreiche Geschwülste, anscheinend in der Epidermis sitzend, gegen die Cutis verschieblich. Fett am Bauch mäßig reichlich. Längs des linken Rippenbogens und von da winklig gegen die Symphyse zu eine durch Nähte verschlossene Operationswunde, deren Innenfläche schmutzig-eitrig ist.

Zwerchfellstand rechts 5. Intercostalraum, links 5. Rippe.

Därme leer, matt, mit dünnem Eiter und eitrigem Fibrin bedeckt, im kleinen Becken kein fremder Inhalt. Am meisten Eiter in der Operationsgegend längs des Quercolons und auf der Leber.

Herzbeutel unbedeckt. Linke Lungenfläche an die Brustwand fixiert, desgleichen mit dem Zwerchfell vollkommen verwachsen. Im Herzbeutel etwas klare, braune Flüssigkeit. Rechte Lunge in den hinteren Teilen ebenfalls verwachsen.

Die Lungen sind trotz Blähung klein, stark schiefrig und an den Randteilen blasig. Pleura über dem rechten unteren Lappen matt, mit Fibrin bedeckt. Unterlappen auf der Schnittfläche geringen Blutgehalt zeigend, mit herabgesetztem Luftgehalt. Aus

den Bronchien quillt schmieriger Eiter. Der Befund rechts und links vollkommen gleich. Auch der linke Unterlappen ist fast völlig luftleer.

Das Herz ist ziemlich fest zusammengezogen, klein, fettreich. Im Herzen flüssiges, etwas dünnes Blut und lockere, gelbe, gallertige Gerinnsel. Das Fett gegen die rechte Kammerwand ziemlich deutlich abgesetzt. Beide Kammern eng; sämtliche Klappenapparate sind frei beweglich, zart. Aorta fleckenlos, von gehöriger Elastizität, Kranzgefäße gehörig weit, vollkommen zart. Herzfleisch etwas braun, jedoch nicht gleichmäßig, sondern etwas gelb gefleckt.

Speiseröhre intakt, im unteren Drittel etwas ödematös. In den Bronchien schmieriger Eiter. Kehlkopf etwas verknöchert, seine Schleimhaut sowie die der Luftröhre intakt. Halslymphdrüsen gerötet und stark vergrößert. Die Schilddrüse ist symmetrisch vergrößert, stark gallertig. Die Bronchialdrüsen sind etwas locker, stark schiefrig, ohne Einlagerung. Die Bifurkationsdrüsen stark vergrößert.

Die Milz zerreißt beim Herausnehmen, ist schlaff. Die Pulpa ist nicht schmierig, ist blutreich. Die Follikel sind dichtstehend und deutlich.

Im Mesenterium der oberen Dünndarmschlingen eine operative Verletzung mit einer Naht.

Magen ist etwas weich, seine Schleimhaut bis auf die des Pylorus etwas atrophisch; Schleimhaut im Fundus etwas pigmentiert. Seine Muskulatur ist hypertrophisch.

Neben der Papilla Vateri, welche auf Druck Galle austreten läßt, finden sich lymphoide Knötchen. Die Galle in der etwas ödematösen Gallenblase ist dick, dunkelbraun und etwas fadenziehend.

20 cm unterhalb der Umschlagstelle des Duodenums (Beginn des Dünndarms) findet sich eine circuläre, um den Darm laufende Naht, von der Schleimhautseite gesehen als ödematöser Wulst erscheinend, im benachbarten Mesenterium ein Loch. Weiter gegen die Radix mesenterii zu durchblutetes Gewebe und thrombosierte Gefäße. Die übrige Dünndarmschleimhaut bleich, intakt, auch das Mesenterium zeigt außer Fettreichtum nichts Besonderes; Drüsen nicht vergrößert. Im untersten Dünndarm sind die Solitärfollikel geschwollen. Unterster Dickdarm etwas grau. Im Quercolon wiederum eine circuläre Darmnaht, welche das Lumen erheblich einengt. Der dahinter gelegene Teil des Darmes ist 6,5 cm, der davor gelegene 11 cm weit. Der Wurmfortsatz ist durchgängig, 9 cm lang, enthält im Lumen Kotkonkremente.

Die Leber ist groß, schwer. Auf der Schnittfläche ist sie mäßig blutreich, zeigt etwas verwischte Felderung; das Parenchym ist gelbbraun.

Unterhalb des Pankreaskopfes, am letzten Ende der chirurgischen Eingriffe, ist eine thrombosierte Vene. Das Pankreas ist im übrigen leicht, ziemlich fest, ohne Nekrosen.

Auch im Netze finden sich zahlreiche Nähte; es sind offenbar Stücke herausreseciert.

Die Nieren sind nur wenig vergrößert, sehr locker, bleich. Oberfläche fast überall vollkommen glatt. Schnittfläche dunkel rosarot, Rinde bleich, undurchsichtig, mit kaum erhaltener Zeichnung. Die retroperitonealen Drüsen sind nicht geschwollen und nicht verhärtet. Die untere Hohlvene ist intakt. Harnblase und Genitalien zeigen kein von der Norm abweichendes Bild.

Das Gehirn, welches der Anatomie überlassen wurde, zeigte bei der äußeren Besichtigung ebenfalls keinen abweichenden Befund.

Die anatomische Diagnose wurde auf eitrige Peritonitis, ausgehend von der Operationsstelle am Rippenbogen, sowie chronischen Magenkatarrh gestellt.

Nebenbefunde waren: Schlaffe croupöse Pleuro-Pneumonie beider Unterlappen, bullöses Emphysem, eitrige Bronchitis. Schlaffe Milzschwellung, trübe Schwellung der Nieren. Multiple Geschwülste der Haut (Lipome).

Erst nach der Operation hatte der Patient auf eindringliches Fragen zur Antwort gegeben, daß er am 13. Juni 1908, als er von einem Ofen auf einen Stuhl steigen wollte, dieser aber ausrutschte, fiel und sich eine

Kontusion des Abdomens zuzog. Zuerst hatte er keinerlei Schmerzgefühl, sondern dieses stellte sich erst später bei einem eiligen Laufen zur Bahn ein. Das etwa gleichzeitige Auftreten einer Geschwulst unterhalb des Rippenbogens, welche Anfang Juli etwa nußgroß war, brachte er damit in Zusammenhang. Er ging Anfang Juli zum Arzt und wurde wenige Tage behandelt. Darnach arbeitete er wieder. Am 31. August konsultierte er Herrn Bezirksarzt Dr. Angerer, welcher ihn in die Klinik wies. Er suchte nochmals den zuerst konsultierten Arzt auf, der nun auch zur Operation riet. Inzwischen war die Geschwulst größer geworden und bereitete große Schmerzen beim Bücken und vor allem beim Atmen. Am 4. September stieg er von einer Leiter, wobei durch die Erschütterung wieder größere Schmerzen auftraten. Er suchte deshalb am 5. September die Klinik auf. Seit Juni hatte er 35 Pfund abgenommen.

Wäre diese für die Entstehung der Geschwulst so wichtige Aufklärung vor der Operation erfolgt, so wäre nicht mit Bestimmtheit die Diagnose auf Sarkom der Bauchwand gestellt worden.

Herr Professor Dürck, welcher die pathologische anatomische Untersuchung des Tumors vornahm, stellte fest, daß es sich um keinen soliden Tumor der vorderen Bauchwand handelte, sondern daß die resecierten Teile aus altem Narbengewebe, Granulationsgewebe bestanden, welches noch kleinere Abscess-

höhlen einschloß. Man habe dies namentlich auf einem sagittalen Durchschnitt durch das mit einem Darmstück entfernte Bauchdeckenstück makroskopisch gut sehen können, aber auch die anderen Stücke würden noch umfangreiche Eiterhöhlen bergen. Mikroskopisch ließ sich nur fibröses Gewebe, durchzogen von Eiterkörperchen, Rundzellen und Plasmazellen, an keiner Stelle eine Spur von Neubildung feststellen.

Es war damit klar, daß nach dem Trauma eine Verlötung der verletzten Darmwand an der vorderen Bauchwand zustande kam und von hier aus sich langsam einkapselnde Abscesse entstanden.

* * *

In den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1908 lenkte Braun (Göttingen) die allgemeine Aufmerksamkeit auf entzündliche Geschwülste am Darm. Er glaubt, daß sie häufiger sind, als viele annehmen, aber verkannt werden, zumal sie in der deutschen Literatur nicht erwähnt sind. Gewiß haben auch manche Operateure, die solche Tumoren exstirpiert haben, nicht darüber publiziert, weil sie es nicht der Mühe wert hielten oder weil sie nicht wußten, daß diese Geschwülste unbekannt seien, vielleicht auch weil ihnen das Eingeständnis, einen entzündlichen Tumor als Carcinom exstirpiert zu haben, unangenehm war, vielleicht aber wurde

nach der Exstirpation manchmal die Natur des Tumors verkannt, da die mikroskopische Untersuchung unterlassen wurde.

Auf demselben Chirurgenkongreß berichtete Schloffer (Innsbruck) über chronisch entzündliche Bauchdeckengeschwülste nach Bruchoperationen. Nach langer Zeit, selbst mehreren Jahren kommt es nach Hernienoperationen zur Ausbildung manchmal mächtiger Geschwülste in den Bauchdecken, welche in vieler Beziehung an echte, selbst maligne Neubildungen erinnern, die aber doch chronisch entzündlicher Natur sind, bedingt durch in der Tiefe der Wunde zurückgelassene nicht aseptische Seidenfäden. Er berichtete über 4 derartige Fälle an der Innsbrucker Klinik. Er erwähnte, daß früher wegen der Aehnlichkeit dieser Geschwülste mit echten Tumoren in Fällen, in welchen im Symptomenbild nichts auf die entzündliche Natur des Leidens hingewiesen hatte, diese radikal exstirpiert wurden.

Das ist es aber, was bei diesen Fällen gerade vermieden werden sollte. Denn die Exstirpation ist dabei natürlich ganz unnötig. Sie stellt überdies einen recht großen Eingriff dar, der zum mindesten einen ausgedehnten Bauchdeckendefekt setzt, wenn er nicht, was möglich ist, in Konflikt mit Organen der Bauchhöhle führt. Demgegenüber gewährleistet die Incision in viel einfacherer und schonender Weise denselben oder einen besseren Heilerfolg. Man wird sich also vor Ver-

wechslung solcher Geschwülste mit echten Geschwülsten sorgfältig zu hüten haben und, sofern sich ein Bauchdeckentumor in der Umgebung einer alten Herniennarbe ausgebildet hatte, immer an die Möglichkeit eines rein entzündlichen Processes denken müssen.

Die Behandlung hätte dann in einer Freilegung des schuldigen Eiterherdes zu bestehen, was freilich im Anfange oft auf Schwierigkeit stoßen wird, weil ja nicht selten ein winziger Abscess in einem verhältnismäßig großen Tumor steckt. Sollten also Probepunktionen erfolglos sein, so müßte man zuerst trachten, das Mißverhältnis zwischen der Größe des Abscesses und des Tumors zu verkleinern. Durch Ausschaltung jedweder mechanischen Zerrung, also am besten durch komplette Bettruhe, wäre eine Verkleinerung des Tumors anzustreben, durch Kataplasmenbehandlung die eitrige Einschmelzung zu befördern. Dann dürfte das Auffinden des Abscesses in keinem Falle mehr schwierig sein. Unter Umständen wird die Probeexcision in Frage kommen.

Küttner (Breslau) wies auf die nach Appendicitis entstehenden chronisch entzündlichen Bauchdeckentumoren hin.

Bakes (Trebitsch) operierte einen kräftigen, 34jährigen Mann, dessen Bauchdecke einen konzentrisch um den Nabel lokalisierten, handtellergroßen, sehr harten, glatten Tumor und in der linken Inguinalgegend eine strahlige Narbe nach Bassini-Operation auf-

wies. Außerdem bestanden deutliche Erscheinungen einer vorgeschrittenen Darmstenose. Er faßte den Tumor als ein malignes Bauchdeckendermoid, welches auf den Darm übergriff, auf und entfernte den Tumor samt den mit ihm eng verwachsenen Partien des Colon transversum und Flexura sigmoidea. Der Patient überstand den überaus großen Eingriff, welcher in Doppelresektion des Colon und im Setzen eines beträchtlichen Bauchdeckendefektes bestand, gut und genas.

Als er den exstirpierten, angeblich malignen Tumor nachträglich spaltete, fand er zu seinem großen Erstaunen im Zentrum desselben eine kleine, mit dickem Eiter gefüllte Höhle, in welcher einige ebenfalls mit grünem Eiter überzogene, dicke Ligaturfäden lagen. Die histologische Untersuchung der Tumoren ergab, daß der ganze Process ein chronisch entzündlicher, ergo gutartiger war. Es wurde ihm klar, daß die überaus große, lebensgefährliche Operation ganz umsonst ausgeführt wurde, und er dasselbe Ziel zweifelsohne mit Kataplasmen und einfachen Incisionen auf den Eiterherd erreicht hätte.

Dieser Fall hat mit dem unsrigen sehr viel Aehnlichkeiten. Der einzige Unterschied besteht darin, daß bei unserem Falle nicht Ligaturfäden die Ursache für die Entstehung der sehr derben Geschwulst waren, sondern ein vor einem Vierteljahr erfolgtes Trauma, welches der Patient zu seinem eigenen Schaden vor der Operation verschwiegen hatte.

Wagner veröffentlichte 1902 einen entzündlichen Bauchdeckentumor, welcher durch einen aus dem Darm durchgebrochenen Fremdkörper hervorgerufen worden war.

Im Anschluß an diesen Fall möchte ich empfehlen, bei solchen chronisch entzündlichen Tumoren, falls sie operiert und die Bauchhöhle eröffnet wurde, zur Verhütung septischer Infektion isotonische physiologische Kochsalzlösung in die Bauchhöhle selbst anstatt subcutan zu infundieren. Wie ich im Tierexperiment nachweisen konnte, erhöht diese Infusion die natürliche Resistenz der Peritonealflüssigkeit derart, daß sowohl allgemeine Septicaemie als auch die eitrige Peritonitis vermieden wird. Während die Kontrolltiere alle nach 24 Stunden eingingen, überstanden die Versuchstiere, welche gleichzeitig mit der Infektion 100 ccm Kochsalzlösung injiciert erhielten, die 32fach tödliche Dosis einer Aufschwemmung von Staphylococcen- oder Streptococcenkultur. Fünf Wochen nach Anstellung der Versuche wurden die Versuchstiere getötet, und zeigten alle Organe vollständige Intaktheit. In Amerika wird diese Methode zur Verhütung septischer Infektion seit Jahren geübt.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Privatdozenten Oberarzt Dr. Gebele für die Ueberlassung des Themas sowie für die Unterstützung der Bearbeitung, und Herrn Geheimrat Obermedizinalrat Prof. Dr. Ritter v. Angerer für die Uebernahme des Referates meinen vorzüglichen Dank auszusprechen.

Literatur.

Martin, Diagnostik der Bauchgeschwülste. Deutsche Chirurgie 1903.

Siegel, Ueber das primäre Sarkom des Dünndarms. Berl. Klin. Wochenschr. 1899, Nr. 35.

Löwenthal, Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste. Langenbecks Arch. Bd. 49. Berlin 1895.

Ludw. Mayer, Zwei Fälle von Fibrosarkom der Bauchdecken. Inaug.-Diss. München 1904.

Alf. Renner, Traumen als Ursache von Sarkomen. Inaug.-Diss. Kiel 1899.

Hechinger, Ueber traumatische Entstehung des Sarkoms. Inaug.-Diss. München 1903.

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1908.

Wagner, Ueber einen entzündlichen Bauchdeckentumor, hervorgerufen durch einen aus dem Darm durchgebrochenen Fremdkörper. Münch. Med. Wochenschrift 1902. S. 1919.

Metschnikow, Immunität bei Infektionskrankheiten, Paris 1903.

Lebenslauf.

Eduard Matthaeus wurde am 13. September 1878 von protestantischen Eltern in Nürnberg geboren. Er besuchte vom 7. Lebensjahr an die Vorschule des Gymnasiums 3 Jahre lang. Darauf gehörte er während 4 Jahren dem k. Melanchthon-Gymnasium Nürnberg an, um dann in das Realgymnasium dortselbst überzutreten. Langes Krankenlager während der vorletzten Klasse desselben bestimmte ihn, die militärische Laufbahn in der von Hartung'schen Militärvorbildungsanstalt in Kassel anzustreben. Da er jedoch militäruntauglich befunden wurde, nahm er seine Studien als Privatstudierender wieder auf und absolvierte als solcher Herbst 1900 am Realgymnasium Nürnberg. Wintersemester 1900/01 diente er beim Inf.-Leibregiment als Einjährig-Freiwilliger. Seinen medizinischen Studien oblag er an der Universität München, mit Ausnahme eines Sommersemesters, in welchem er die Universität Würzburg bezog. Das Staatsexamen vollendete er am 30. Juli 1907 in München. Nach zweimonatiger Pause leistete er vier Monate des praktischen Jahres

ab, worauf er sich gemäß ärztlichen Rates der Erholung widmen mußte. Durch ministerielle Entschließung vom 27. August 1908 wurde ihm die Ableistung des Restes des praktischen Jahres erlassen.

Während seiner Studienzeit war es ihm vergönnt, folgende Herren Professoren zu hören: Goebel, Ranke, v. Bayer, v. Roentgen, Hertwig, Rückert, Mollier, v. Voit, v. Bollinger, v. Tappeiner, Barlow, Gruber, Seitz, Feßler; v. Leube, v. Rindfleisch, Heß, Kunkel, Geigel, Riedinger, Helfreich; May, v. Müller, v. Angerer, v. Winckel, v. Ranke, Eversbusch, Jesionek, Neumayer, v. Bauer, Stumpf, L. Seitz, Kraepelin.